

CareFirst BlueCross BlueShield
Medicare Advantage
P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117-5559
carefirst.com/mddsnp



Cambios en el formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) podrá remover de inmediato un medicamento de marca de su lista de medicamentos si lo reemplaza con un nuevo medicamento genérico, que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. O, al agregar el nuevo medicamento genérico, podrá decidir mantener el medicamento de marca en su lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Es posible que no se le informe con anticipación antes de realizar ese cambio, pero luego se le proporcionará información sobre los cambios específicos realizados. Además, si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de su formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podrán eliminarlo inmediatamente de su formulario y notificar a los miembros que lo tomen.

Antes de realizar otros cambios durante el año en su lista de medicamentos que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento y que requieran notificación previa, notificaremos a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia, o en el momento en el que el miembro solicite un reabastecimiento del medicamento, momento en el que recibirá un suministro del medicamento para un mes.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura o restricción de medicamentos, según el tipo de cambio, es posible que haya diferentes opciones a considerar. Por ejemplo:

Es posible que pueda utilizar otro medicamento de nuestra Lista de Medicamentos para tratar su afección médica. A continuación se proporcionan medicamentos alternativos para ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted. Pregúntele a su médico si alguno de los posibles medicamentos alternativos es adecuado para usted.

Usted, su médico o su representante autorizado también pueden solicitar una excepción. El aviso que se le proporcionará también incluirá información sobre los pasos para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura y cómo solicitar una excepción, consulte su *Evidencia de Cobertura*, o llame a Atención al Cliente al 410-779-9932 o al número gratuito 1-844-386-6762 (TTY: 711) 8 a. m. a 8 p. m. (Hora Estándar del Este), 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage DSNP Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

La siguiente tabla describe los cambios en el formulario que podrían afectarlo.

Nombre del medicamento afectado	Descripción de cambio	Razón para el cambio	Medicamento(s) alternativo(s) *	Nivel de costo compartido de medicamento(s) alternativo(s)	Fecha de entrada en vigencia
AMABELZ TAB 0.5-0.1 MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	Tier 1	07/01/2024
AMABELZ TAB 1-0.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG; MIMVEY TAB 1-0.5 MG	Tier 1	03/01/2024
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 200-28.5 MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 200-28.5 MG/5ML	Tier 1	10/01/2024
CEFACLOR SUS 125/5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	Tier 1	02/01/2024
CEFACLOR SUS 375/5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	Tier 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFTAZIDIME INJ	Tier 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFTAZIDIME INJ	Tier 1	02/01/2024
CIPROFLOXACIN HCL TAB 100 MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG	Tier 1	02/01/2024
CLINDAMYCIN INJ 300MG/2ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CLINDAMYCIN INJ 600MG/4ML	Tier 1	02/01/2024
CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 2GM/4ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 2GM/10ML	Tier 1	09/01/2024
CYCLOSPORINE INJ 50MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		09/01/2024
EFAVIRENZ CAP 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	EFAVIRENZ TAB 600MG	Tier 1	11/01/2024
EFAVIRENZ CAP 50MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	EFAVIRENZ TAB 600MG	Tier 1	11/01/2024
EMCYT CAP 140MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		05/01/2024
ERYTHROCIN TAB 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ERYTHROMYCIN TAB 250MG EC	Tier 1	10/01/2024
EXKIVITY CAP 40MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		08/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	BIVIGAM INJ 10GM/100ML; GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML; OCTAGAM INJ 10GM/100ML; PRIVIGEN INJ 10GM/100ML	Tier 1	03/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 2.5GM/50ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	OCTAGAM INJ 2.5GM/50ML	Tier 1	03/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 20GM/200ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	GAMMAPLEX INJ 20GM/200ML; OCTAGAM INJ 20GM/200ML; PRIVIGEN INJ 20GM/200ML	Tier 1	03/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 5GM/50ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	BIVIGAM INJ 5GM/50ML; GAMMAPLEX INJ 5GM/50ML; OCTAGAM INJ 5GM/50ML; PRIVIGEN INJ 5GM/50ML	Tier 1	03/01/2024

Nombre del medicamento afectado	Descripción de cambio	Razón para el cambio	Medicamento(s) alternativo(s) *	Nivel de costo compartido de medicamento(s) alternativo(s)	Fecha de entrada en vigencia
GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 0.5 MG/0.1ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 1MG/0.2ML; GVOKE HYOPEN; GVOKE KIT	Tier 1	03/01/2024
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS KIT 80 MG/0.8ML & 40 MG/0.4ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMIRA PEN STARTER KIT CD/UC/HS	Tier 1	08/01/2024
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80MG/0.8ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMIRA PEN STARTER KIT CD/UC/HS	Tier 1	08/01/2024
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8ML	Tier 1	04/01/2024
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40MG/0.8ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMIRA PEN INJ KIT 40 MG/0.8ML	Tier 1	08/01/2024
LEXIVA SUS 50MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	FOSAMPRENAVIR TAB 700 MG	Tier 1	10/01/2024
NEVIRAPINE TAB ER 100MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	NEVIRAPINE TAB ER 400MG	Tier 1	02/01/2024
OLOPATADINE DROPS 0.1%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	Tier 1	02/01/2024
PAROMOMYCIN CAP 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		04/01/2024
PENICILLIN G PROCAINE INJ SUSP 600000UNIT/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PENICILLIN G POTASSIUM INJ SOLR 5000000 UNIT, 20000000 UNIT	Tier 1	03/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RISPERIDONE INJ 12.5MG ER	Tier 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 25MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RISPERIDONE INJ 25MG ER	Tier 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RISPERIDONE INJ 37.5MG ER	Tier 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 50MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RISPERIDONE INJ 50MG ER	Tier 1	05/01/2024
STAVUDINE CAP	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ABACAVIR TAB; EMTRICITABINE CAP; LAMIVUDINE 150 MG, 300 MG TAB; ZIDOVUDINE TAB	Tier 1	01/01/2024
SYMJEPI INJ 0.15MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	EPINEPHRINE INJ 0.15MG	Tier 1	02/01/2024
SYMJEPI INJ 0.3MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	EPINEPHRINE INJ 0.3MG	Tier 1	02/01/2024
SYNRIBO INJ 3.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ICLUSIG TAB; SCEMBLIX TAB	Tier 1	02/01/2024
TAZTIA XT CAP	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	DILTIAZEM HCL ER BEADS CAP; TIADYLT CAP	Tier 1	09/01/2024
TRICARE TAB PRENATAL	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 1	01/01/2024
VANADOM TAB 350MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CARISOPRODOL TAB 350 MG	Tier 1	03/01/2024
VOTRIENT TAB 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	PAZOPANIB HCL TAB 200 MG	Tier 1	05/01/2024
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VRAYLAR CAP	Tier 1	06/01/2024
ZEJULA CAP 100MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ZEJULA TAB	Tier 1	09/01/2024
ZOLEDRONIC ACID IV SOLN 4 MG/100ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ZOLEDRONIC ACID INJ 4MG/5ML	Tier 1	10/01/2024

*Los medicamentos alternativos son medicamentos que podría considerar con su médico. Sólo su médico puede determinar medicamentos alternativos que sean apropiados para usted dada la naturaleza individualizada de la terapia con medicamentos. Consulte a su médico para confirmar si este es un medicamento apropiado para usted. **Aplica para nuevos comienzos